

無國界醫生銀行定期轉帳扣款授權書

- ◆如因授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致無法辦理轉帳者，本授權書不生效力
- ◆授權書一式兩張，填寫後請掛號寄回 104 台北市中山區民權東路三段 35 號 7F 無國界醫生捐款服務部收
- ◆授權成功後會以 email 或其他通訊方式通知，捐款人欲留存此授權書請自行影印
- ◆扣款日為每月 15 日，遇假日順延至下一工作日。印鑑審核約需 30 工作天。
- ◆相關問題請來電 02-27091313-211

填表日期 年 月 日

立授權書人帳戶資料											
戶名：	身分證字號										
銀行 分行	帳號										
授權人簽名：	授權人用印：										
本人已詳閱並同意本授權書之各項約定事項	(樣式需與原留印鑑相符，兩聯皆需正本)										
銀行欄位(立授權書人勿填寫)											
發動者名稱：財團法人無國界醫生基金會	發動行名稱：第一銀行信維分行										
發動者統編：75962339	發動行代號：0071130										
用戶代號：	交易代號：530										
主管：	經辦：	<input type="checkbox"/> 存款印鑑不符 <input type="checkbox"/> 無此帳號 <input type="checkbox"/> 其他 _____									

捐款人基本資料	
捐款人姓名：	捐款人編號：
<input type="checkbox"/> 同授權人	
Email：	電話：
地址：	
收據開立方式： <input type="checkbox"/> 直接上傳國稅局 <input type="checkbox"/> 寄送紙本收據(年度寄發) <input type="checkbox"/> 不需收據	收據抬頭： <input type="checkbox"/> 同授權人 身分證字號： (上傳國稅局者必填)
每月捐款金額：	元
本基金會蒐集 台端個人資料，茲依據個人資料保護法第 8 條、第 19 條及第 21 條等規定，向 台端告知相關事項，敬請詳閱 https://www.msf.org.tw/privacy <input type="checkbox"/> 我已閱讀及了解以上聲明，並同意無國界醫生基金會使用我的個人資料	

備註：發動行、台灣票據交換所及代繳金融機構為辦理本項自動扣款轉帳業務，蒐集立約定書人之個人資料，其蒐集之目的、類別、利用之期間、地區、對象及方式，以及其他相關應告知事項如下：

1. 目的：辦理本項自動扣款轉帳業務之用。
2. 個人資料類別：身分證統一編號、金融機構帳戶之號碼及其他上表所列之個人資料。
3. 利用之期間、地區、對象及方式：
 - (1) 期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令或契約約定之保存年限，或發動行、台灣票據交換所及代繳金融機構因執行業務所必須之保存期間。
 - (2) 地區：本國、參加 ACH 機制之金融機構所在地、依法有調查權機關或主管機關所在地或其指定之調查地。
 - (3) 對象：發動行、台灣票據交換所、代繳金融機構、依法有調查權機關或主管機關。
 - (4) 方式：以自動化機器或其他非自動化之利用方式

第 1 聯：銀行存查聯 (永久保管)



無國界醫生銀行定期轉帳扣款授權書

- ◆如因授權書內容填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致無法辦理轉帳者，本授權書不生效力
- ◆授權書一式兩張，填寫後請掛號寄回 104 台北市中山區民權東路三段 35 號 7F 無國界醫生捐款服務部收
- ◆授權成功後會以 email 或其他通訊方式通知，捐款人欲留存此授權書請自行影印
- ◆扣款日為每月 15 日，遇假日順延至下一工作日。印鑑審核約需 30 工作天。
- ◆相關問題請來電 02-27091313-211

填表日期 年 月 日

立授權書人帳戶資料													
戶名：				身分證字號									
銀行		分行		帳號									
授權人簽名：				授權人用印：									
本人已詳閱並同意本授權書之各項約定事項				(樣式需與原留印鑑相符，兩聯皆需正本)									
銀行欄位(立授權書人勿填寫)													
發動者名稱：財團法人無國界醫生基金會						發動行名稱：第一銀行信維分行							
發動者統編：75962339						發動行代號：0071130							
用戶代號：						交易代號：530							
主管：						經辦：							
						<input type="checkbox"/> 存款印鑑不符 <input type="checkbox"/> 無此帳號 <input type="checkbox"/> 其他_____							

捐款人基本資料	
捐款人姓名： <input type="checkbox"/> 同授權人	捐款人編號：
Email：	電話：
地址：	
收據開立方式： <input type="checkbox"/> 直接上傳國稅局 <input type="checkbox"/> 寄送紙本收據(年度寄發) <input type="checkbox"/> 不需收據	收據抬頭： <input type="checkbox"/> 同授權人 身分證字號： (上傳國稅局者必填)
每月捐款金額：	元
本基金會蒐集 台端個人資料，茲依據個人資料保護法第 8 條、第 19 條及第 21 條等規定，向 台端告知相關事項，敬請詳閱 https://www.msf.org.tw/privacy <input type="checkbox"/> 我已閱讀及了解以上聲明，並同意無國界醫生基金會使用我的個人資料	